

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DAUNOIS

Né le 16 Juillet 1912 à Commercy (Meuse)

Des rapports de la Rupture Utérine au cours du Travail, avec l'Antéversion de l'Utérus Gravide

Président : COUVELAIRE Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre DAUNOIS

Né le 16 Juillet 1922 à Commercy (Meuse)

**Des rapports de la Rupture Utérine
au cours du Travail,
avec l'Antéversion de l'Utérus Gravide**

Président : COUVELAIRE Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .		BROCQ	
BRULE		CADENAT . . .	
CHABROL . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUYOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

*L'exemple de sa bonté, de son courage
et de sa simplicité restera toujours
présent à mon esprit.*

A MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Qui fut si bon pour moi. Je garderai
intact son cher souvenir.*

A MA MERE

*Qui m'a tant choyé.
En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MA FEMME

A MON FRERE, A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Professeur LOUIS DIGONNET

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail,
m'a fait profiter de sa grande expérience
et dont la bonté m'a été précieuse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur HENRI BRIAND
Médecin de la Maison Maternelle Nationale
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a initié à l'art de l'accouchement.
Qu'il veuille bien être assuré de ma reconnaissance.*

A M. le Médecin-Commandant CHARLES TAUBMAN
Médecin-Chef de la Place de Saint-Denis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Dont la bienveillance m'a permis d'exécuter ce travail.
Son autorité paternelle et sa bonté lui ont acquis mon estime et ma sympathie.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Troisième Année

Médecine Générale : M. le Professeur DUVOIR
Médecine Infantile : M. le Docteur TIXIER

Quatrième Année

Dermatologie : M. le Professeur GOUGEROT
Neurologie : M. le Professeur GUILLAIN
Accouchements : M. le Professeur Agrégé ECALLE
Maladies Infectieuses : M. le Professeur LEMIERRE

Cinquième Année

Urologie : M. le Professeur MARION

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LIMOGES

Première Année

Médecine Général : M. le Docteur CUBERTAFON
Chirurgie : M. le Docteur DONNET

Deuxième Année

Médecine Générale : M. le Docteur BOURGUIGNON
Chirurgie : M. le Docteur RAYMOND

A TOUS MES AMIS DE L'HOPITAL DE SAINT-DENIS

INTRODUCTION

Nous avons été amené à nous occuper de la rupture utérine en raison du fait que nous avons observé un cas de rupture utérine au cours de l'accouchement dans lequel le siège de la rupture était inhabituel. La localisation postérieure de la déchirure que nous avons observée est rare et ce fait nous a incité à écrire ce travail où nous avons recherché à expliquer la cause du siège particulier de la rupture et son mécanisme pathogénique.

ETIOLOGIE DES RUPTURES UTERINES EN GENERAL

L'étiologie des ruptures utérines au cours du travail est déjà étudiée et connue depuis longtemps.

On distingue les *ruptures traumatiques* et les *ruptures spontanées*.

Ruptures traumatiques. — Ces ruptures utérines surviennent au cours d'interventions obstétricales dont les indications ont été mal posées ou qui ont été mal conduites; mais la responsabilité du médecin peut n'être pas complète car elles se produisent souvent dans un utérus rétracté, aminci, qui se serait rompu ultérieurement, l'intervention ne faisant que provoquer la rupture un peu plus tôt.

La rupture utérine traumatique peut se voir lors de la Version par manœuvres internes au cours de l'évolution fœtale.

1° Dans le cas, par exemple, d'une présentation de l'épaule négligée. Les membranes sont rompues, le corps utérin est plus ou moins rétracté sur le tronc du fœtus; le segment inférieur distendu est étalé sur la tête, un membre supérieur peut être à la vulve.

— Le travail dure depuis 24 à 36 heures.

— L'utérus est contracturé.

On essaie quand même de pratiquer la version : l'introduction de la main est difficile, mais on arrive cependant à saisir un ou deux pieds. L'évolution du fœtus paraît difficile car il est bloqué par un anneau de rétraction autour de son cou, des tractions énergiques sont faites en vain tout d'abord quand, brusquement, la version se fait très facilement, trop facilement même, c'est qu'une rupture du segment inférieur s'est produite.

Il faut donc toujours craindre la contracture utérine, si les membranes ovulaires sont rompues depuis longtemps et, dans ce cas, savoir renoncer à la version surtout si la contracture se manifeste par un anneau à la partie moyenne de l'utérus.

2° Lors de l'extraction de l'enfant à travers une dilatation incomplète.

On ne doit jamais, règle absolue, faire une intervention obstétricale avant d'avoir obtenu la dilatation complète.

C'est une faute lourde pour le médecin que de négliger cette précaution.

Dans le cas de dilatation incomplète, l'extraction de la tête fœtale, lorsque celle-ci n'est pas engagée et que les culs-de-sac vaginaux sont insuffisamment développés, déchire la portion intra-vaginale du col avec possibilité de propagation au segment inférieur.

Cette rupture siège le plus souvent à gauche, quelquefois elle intéresse la base du ligament large touchant le pédicule vasculaire utérin d'où danger de grosse hémorragie.

Mais surtout le choc nerveux est intense.

La déchirure est souvent incomplète, elle communique avec la base du ligament large mais le péritoine est intact.

Ruptures spontanées. — Elles s'observent dans la proportion de 95 % chez les multipares (Portes).

Les 5 % de rupture chez les primipares surviennent surtout par suite de malformations utérines.

Leurs causes sont nombreuses et variées :

Sur 100 ruptures de multipares on observe :

- 55 cas de rétrécissement du bassin;
 - 25 cas de présentation de l'épaule;
 - 6 cas de présentation du front;
 - 6 cas d'hydrocéphalie fœtale;
 - 8 cas de causes diverses (statistique de Portes).
- Parmi ces causes, deux dystocies rares, telles que

présentation du front et hydrocéphalie donnent un pourcentage assez important dans l'étiologie des ruptures utérines.

D'autres statistiques telles que celle de Sauvage donnent des chiffres légèrement différents tout en conservant la même proportion pour les multipares et les primipares.

D'après Sauvage, sur 100 cas on trouve en effet :

- 50 % des cas de présentation de l'épaule;
- 30 % des cas de viciation pelvienne;
- 10 % de cas d'hydrocéphalie;
- 5 % de tumeurs;
- 5 % de malformations utérines chez les primipares.

On a attribué cette fréquence des ruptures utérines chez les multipares à différentes raisons :

- Excès de volume fœtal;
- Excès de liquide, etc.

En réalité, un seul fait est démontré, à savoir :

— la fréquence des lésions anatomiques résultant de dystocias antérieures surtout cervico-segmentaires comme cause de rupture.

On relève en effet très fréquemment dans les antécédents : des extractions pénibles par forceps ou par basiotripsie ou des accouchements prolongés.

Ces interventions ont pu, dans certains cas, léser le segment inférieur et laisser à son niveau une zone de moindre résistance.

Varnier a observé à la Clinique Baudelocque une rupture par hydrocéphalie : la rupture s'était faite au niveau d'une cicatrice peu résistante d'une intervention ancienne.

En somme, la grande raison de la rupture est l'impossibilité mécanique de l'accouchement par disproportion le plus souvent.

Chez les primipares, les ruptures peuvent s'expli-

quer aussi par des lésions anatomiques, il s'agit d'amin-
cissements localisés le plus souvent aux cornes uté-
rines dans les cas de malformations de l'utérus ou
d'utérus infantile.

Chez les primipares aussi bien que chez les multi-
pares, la rupture utérine peut être due à un défaut de
solidité de la paroi utérine liée à la présence de tissu
cicatriciel ancien, à la suite d'intervention intra-uté-
rine telle que curettage.

Trois facteurs étiologiques sont nécessaires pour la
production d'une rupture spontanée :

Une *dystocie*;

Un *amincissement du segment inférieur* (multiparité,
cicatrice antérieure);

De *fortes contractions utérines*. (Portes.)

Ces contractions seront d'autant plus dangereuses
que, dans certains cas d'accouchements dystociques,
elles auront été exagérées par l'emploi inconsidéré de
substances ocytociques, telles qu'ergotine ou hypo-
physe

Les déviations de l'utérus par la dystocie qu'elles
peuvent créer au moment de l'accouchement sont quel-
quefois des causes de rupture utérine.

Les classiques signalent les anomalies de situation
utérine en particulier l'antéversion comme cause de
rupture.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les formes anatomiques et le siège de la rupture utérine sont aussi variées que son étiologie.

Elles peuvent être :

— Incomplètes, limitées alors aux tuniques muqueuse et musculaire, le péritoine est intact, le sang épanché soulève le péritoine produisant ce qu'on appelle souvent à tort un thrombus pelvien;

— Ou complètes, intéressant les trois tuniques de la paroi utérine.

Le fœtus peut passer en partie ou en totalité dans la cavité péritonéale. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule un sang noirâtre, poisseux et des caillots.

Les anses intestinales rougeâtres (infiltrées dans le cas d'interventions tardives) cachent l'utérus qui est contracté, dévié du côté opposé à la rupture.

D'après Sauvage, les ruptures complètes sont deux fois plus fréquentes que les ruptures incomplètes.

Dans l'ordre de fréquence les principaux types de ruptures sont les suivantes :

— la rupture verticale d'un bord utérin, la plupart du temps le gauche; incomplète et intra-ligamentaire, ou complète, et alors ordinairement reportée un peu en avant ou un peu en arrière du pédicule vasculaire de l'utérus;

— la rupture transversale oblique complète ou souvent incomplète de la paroi utérine antérieure;

— la rupture transversale ou oblique complète plus rarement incomplète, de la *paroi utérine postérieure*.

La rupture constituée par deux segments se réunissant ou se croisant suivant une incidence variable.

— L'arrachement du col auquel reste appendu une collerette du segment inférieur.

— Enfin la rupture est dans la grande majorité des cas localisée au segment inférieur. Plus rarement elle se prolonge dans le corps de l'utérus ou dans le vagin.

La rupture est le plus souvent à bords déchirés et contus infiltrés de sang avec un œdème important pré-vésical et pré-utérin.

PATHOGENIE

Quelle que soit l'étiologie de la rupture utérine, elle se produit suivant deux mécanismes différents. Il faut en effet distinguer la rupture du tissu utérin ou déchirure, de l'usure. L'une et l'autre peuvent traverser la paroi de part en part, y compris la séreuse péritonéale : elles sont alors complètes ou n'intéresser que la couche interne, ruptures incomplètes.

Les ruptures traumatiques ne suivent aucun mécanisme régulier et n'obéissent à aucune loi. Nous avons déjà mentionné les profondes ruptures longitudinales résultant de l'extraction forcée quand la dilatation est encore incomplète : il en est de même de celle que détermine la main du médecin lorsqu'elle se fraye un passage entre le fœtus et le col surdistendu ou lorsque, dans la présentation de l'épaule, elle emploie la violence pour faire évoluer le fœtus malgré la contraction des parois. Dans le plus grand nombre des cas de rupture spontanée, celle-ci se produit par surdistension du segment inférieur.

Bandl fait dériver le mécanisme de ces déchirures des processus physiologiques de l'accouchement en posant les principes de cette pathogénie.

Au cours de la période de dilatation pendant l'effacement du canal cervical, les parois du col s'écartent et s'amincissent, la dilatation achevée l'utérus se compose de deux segments : un supérieur aux parois épaisses et rétractées (le corps) et un inférieur aux parois distendues et amincies (le segment inférieur). A leur jonction, appréciable au moment des contractions, se trouve l'anneau de contraction bien connu.

Ce sont précisément l'amincissement et la distension des parois cervicales qui amènent la rupture lorsqu'ils

sont exagérés par une complication quelconque, il s'agit alors d'une surdistension circulaire.

Un exemple très ordinaire de ce genre de rupture nous est fourni par les déchirures physiologiques du museau de tanche, déchirure qui en temps normal n'intéresse que la muqueuse et les couches annulaires externes de la musculaire mais qui peuvent se propager au segment inférieur et au dôme vaginal devenant alors de vraies ruptures utérines avec tous les aléas que cela comporte.

En opposition à la distension circulaire du col, il existe une distension longitudinale susceptible de tirailler, d'étirer, d'amincir les tissus à un bien plus haut degré. On observe cette surdistension longitudinale du segment inférieur dans les cas d'obstacles mécaniques qui rendent impossible l'expulsion du fœtus ou du moins la font traîner longtemps.

L'utérus, incapable de chasser le fœtus dans le bassin, se rétracte de bas en haut le long du corps fœtal. Il se produit bien une sorte d'évacuation de la cavité utérine mais aux dépens du segment inférieur qui surdistendu et aminci doit loger une grande partie du corps fœtal.

Enfin, un dernier processus de rupture qui intervient soit isolément, soit joint à la distension, est l'écrasement du tissu en certains points de la paroi génitale, écrasement dû à la compression par la présentation. Cette compression aura pour effet d'amincir la paroi, tout en gênant considérablement la circulation sanguine, d'où ischémie et quelquefois même sphacèle. Cette lésion intéresse le plus souvent la voûte vaginale et la partie inférieure du segment inférieur prise entre la tête et la symphyse ou le promontoire.

Dans les anomalies de situation de l'utérus l'extrême discordance existant entre l'axe utérin et l'axe pelvien peut troubler l'accommodation fœtale et favoriser les

présentations anormales ou vicieuses ou gêner le mécanisme normal de l'accouchement.

La rétroversion aboutit rarement à une rupture utérine parce qu'elle a disparu spontanément au cours de la grossesse ou a été corrigée en raison de complications précoces (incarcération dans le petit bassin, rétention d'urines, constipation opiniâtre), ou bien encore parce qu'un avortement en a été la conséquence.

Cependant, la rétroversion fixée qui ne s'est pas réduite peut aboutir à la sacculation avec orifice cervical en avant. Ce fait extrêmement rare est cependant mentionné par les classiques qui indiquent qu'elle peut se terminer par la rupture utérine.

L'antéversion, au contraire, qui subsiste après les quatre premiers mois de la grossesse, peut, bien que ce soit assez rare par les troubles qu'elle entraîne tant au point de vue contraction utérine qu'au point de vue accommodation fœtal, aboutir à la rupture utérine. Dans les premiers mois de la grossesse le corps utérin s'incline en avant au-dessus du pubis et, si la paroi abdominale est insuffisante, il fait hernie entre les muscles grand droit donnant suivant son degré de bascule le ventre en obusier ou le ventre en besace (Brindeau).

Dans ce dernier cas la face antérieure de l'utérus repose sur les cuisses, le fond regardant en bas la face postérieure orientée presque directement en avant. Le col est d'ordinaire reporté très en haut et très en arrière.

L'influence de cette déviation sur l'évolution de la grossesse et du travail est subordonnée à son origine. Il faut distinguer les déviations spontanées ou congénitales de celles qui résultent d'un acte opératoire antérieur ayant fixé l'utérus en position anormale. L'antéversion spontanée est rendue possible par une faiblesse anormale de la paroi abdominale congénitale ou consécutive à des distensions répétées (multiparité)

les muscles grands droits n'étant plus maintenus accolés par la ligne blanche s'écartent et laissent le corps utérin faire hernie entre eux, d'où éventration et atrophie des muscles. La multiparité est donc une cause prédisposante communément observée.

Les déviations de la colonne vertébrale (cyphose), les viciations du bassin favorisent la position de l'antéversion.

Bumm, dans un schéma, a bien montré le mécanisme de la surdistension suivant les différentes positions de l'utérus et suivant les obstacles qui s'opposent à son évacuation.

Dans le cas de l'utérus antéversé le col étant remonté très haut en arrière, et l'axe de la direction des contractions utérines étant dirigé d'avant en arrière plus ou moins obliquement, la face postérieure du segment inférieur subit une distension extrême.

Si la musculature utérine est normale et la distension graduelle, le segment inférieur résistera longtemps, il peut même être réduit à quelques millimètres d'épaisseur avant de se rompre.

Au contraire, si la musculature a perdu de son élasticité par suite d'altérations pathologiques, elle est prédisposée à la rupture qui se produit parfois avec une rapidité inattendue.

Chaque fois qu'une rupture est à craindre, la nature des douleurs influe beaucoup sur la marche des événements. Si les contractions violentes se succèdent coup sur coup le danger de rupture est accru par l'élévation de pression forte et brusque intra-utérine. La distension étant constituée, les faisceaux musculaires déjà dissociés peut-être sur un point, il suffira de la moindre intervention ou de l'injection d'un médicament ocytique pour déterminer la rupture complète.

D'après Brindeau, lors de l'accouchement, on observe quelquefois de l'inertie utérine relative. La dila-

tation est rendue parfois plus lente par la situation très postérieure du col. Outre les présentations vicieuses, une obliquité de l'axe utérin peut produire de fortes inclinaisons latérales de la présentation du sommet ou même la déflexion de celui-ci (Brindeau).

Mais ce sont les déviations d'origine chirurgicale qui sont le plus souvent la cause de dystocies. En effet, dans 20 % des cas (Brindeau), il se produit dans ces cas une dystocie sérieuse au moment du travail. Elle résulte des contractions anormales de l'utérus et des déviations extrêmes du col utérin.

On a noté en outre :

- la rupture prématurée des membranes;
- des douleurs vives;
- des défauts de dilatation du col;
- l'arrêt de la tête fœtale qui vient buter contre la paroi antérieure de l'utérus, celle-ci formant une barrière épaisse;
- la rupture de l'utérus aminci à l'excès au niveau de la paroi postérieure (7 cas réunis par Garasse). Toutes causes de difficultés rendant les interventions plus fréquentes.

De notre étude étiologique, anatomique et pathogénique, il résulte que suivant les classiques l'antéversion utérine n'intervient qu'exceptionnellement dans l'étiologie et la pathogénie de la rupture utérine.

Cependant, on comprend bien que les anomalies de situation de l'utérus gravide puissent aboutir à des ruptures et en conditionnent les localisations. D'ailleurs, nous avons trouvé dans la littérature et les traités classiques, quelques rares cas (Brindeau et Bumm).

Nous avons justement rapporté notre observation en raison de sa rareté.

Observation de M^{me} Meu...

Notre observation se rapporte à une multipare, âgée de 30 ans, qui est transportée de la ville dans le service d'accouche-

ment de la Pitié, pour un accident brutal survenu au cours de son accouchement.

Les symptômes qui ont amené la sage-femme à envoyer sa malade à l'hôpital se sont produits le 27 mai 1939, à 15 heures.

A l'examen d'entrée à 18 h. 30, pratiqué par l'interne de garde, puis par M. Dignonnet, accoucheur de garde, donne les renseignements suivants :

Etat général grave, la malade est en état de choc, avec signes d'anémie aiguë.

Le faciès est pâle et angoissé, avec décoloration des lèvres et des muqueuses.

Les extrémités, le nez, la langue sont refroidies. On note un écoulement sanguin noirâtre, peu abondant, par le vagin.

Le pouls est rapide, aux environs de 130 à la minute. Il est petit, filant, la tension artérielle prise à l'appareil de Vaquez est de 8 1/2 - 5.

A l'examen, on note que l'abdomen est étalé, le fœtus est très superficiel, directement palpable sous la paroi abdominale.

A gauche, vers la fosse iliaque, une masse ovoïde est perçue, qui répond probablement à l'utérus rétracté et latéralisé.

Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Le toucher permet d'atteindre au loin la tête fœtale, très mobile, et provoque un écoulement sanguin un peu plus abondant.

Le diagnostic de rupture utérine est certain et l'indication d'une intervention immédiate est posée.

En raison de l'état extrêmement grave de la malade on pratique avant l'opération, en attendant le transfuseur :

— une injection intraveineuse de 250 cc. de sérum physiologique;

— une demi-ampoule d'éphédrine;

— 10 cc. de solucamphre;

et l'on réchauffe la malade.

La transfusion sanguine est réalisée, sa quantité est de 400 cc.

Le faciès se recoloré, le pouls redevient mieux frappé.

On peut alors pratiquer l'intervention.

Intervention. — Pratiquée par M. Dignonnet à 19 heures.

Anesthésie au balsoforme *a minima*. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Un flot de sang s'écoule dès l'ouverture du péritoine. Le fœtus est libre dans la cavité abdominale. Il est extrait facilement, ne présente pas de battements cardiaques. Enfant de sexe masculin, pesant 3,820. Le placenta n'est pas décollé. Il est ramené facilement.

L'abdomen est rempli de sang et de caillots. On reconnaît qu'il s'agit d'une rupture du segment inférieur mais, particu-

larité à noter, la déchirure siège en *pleine face postérieure* du segment inférieur.

Il existe une infiltration hémorragique du ligament large droit.

La rupture s'est en effet propagée vers la région du pédicule utérin droit qui est dissocié.

Il existe, d'autre part, un œdème important du péritoine vésical et préutérin.

Une hystérectomie supravaginale avec ablation bilatérale des annexes est rapidement pratiquée. Le pédicule utérin droit est lié, un peu à l'aveugle, au milieu des tissus contus et infiltrés de sang.

Péritonisation rapide.

Mise en place d'un gros drain dans le Douglas.

Fermeture de la paroi abdominale en 3 plans suivant le procédé habituel.

Une nouvelle transfusion de 300 cc. est faite. L'état général est relativement satisfaisant.

Le siège anormal de la rupture du segment inférieur nous fait penser qu'il s'agissait vraisemblablement d'une rupture utérine liée à une anomalie de situation de l'utérus gravide au cours de l'accouchement et nous a incité à demander des renseignements à la sage-femme qui avait suivi la malade au cours de son accouchement.

Les renseignements indiqués montrent qu'il s'agit d'une multipare (VI^e pare).

Un premier accouchement, en 1932, terminé par manœuvres internes à la clinique Tarnier.

Un deuxième accouchement, en 1934, avec déchirure complète du périnée.

Trois autres accouchements, en 1935, 1936 et 1937, qui furent normaux.

Tous les enfants étaient de poids normal et sont actuellement bien portants.

La sixième grossesse actuelle a été normale. Un examen pratiqué vers le 18 mai a permis de constater un *utérus fortement basculé en avant*.

Il y avait donc antéversion utérine très accusée.

L'accouchement a débuté le 27 mai, à 5 heures, par des contractions utérines douloureuses qui se sont accentuées vers 10 heures. Les contractions étaient intermittentes normales.

A 10 heures, la tête est profondément engagée, la dilatation est d'une petite paume de main, les membranes sont intactes.

Rupture artificielle des membranes. A 13 heures, la dilatation est complète, et la tête apparaît à la vulve.

Mais dans la suite les contractions s'espacent notablement.

Une injection de 10 unités d'hypophyse est faite, les contractions redeviennent régulières.

Vers 15 heures la tête, toujours à la vulve, n'a pas progressé, depuis une heure la femme n'a pas eu de contractions. L'injection de 10 unités d'hypophyse est renouvelée.

Quelques contractions régulières se produisent pendant une demi-heure, puis elles cessent brusquement et totalement.

Les bruits du cœur fœtal se modifient et disparaissent.

L'état général de la malade s'altère, avec état syncopal, pâleur, en même temps que l'on constate des modifications de la forme de l'abdomen qui est étalé.

C'est alors que la femme est transportée à l'hôpital.

Les suites opératoires furent simples. Dès le lendemain l'état général était satisfaisant et le pouls, bien que rapide à 120, était bien frappé, la température était de 38°4.

Le drain est enlevé au troisième jour.

La température redevient normale le quatrième jour, et le pouls restera rapide jusqu'au onzième jour.

ETUDE CRITIQUE

Ce qui nous a frappé c'est la localisation de la lésion anatomique.

La lésion siégeait en effet sur la face postérieure, en pleine face postérieure; localisation que notre Maître, M. Digonnet, au cours d'une vingtaine de ruptures utérines opérées par lui n'a jamais observée.

Les classiques signalent que ce siège peut s'observer anormalement et nous avons vu que Bumm a figuré spécialement un cas d'antéversion utérine indiquant le mécanisme de la rupture dans ces cas.

Dans notre cas, on peut dire que ce n'est pas uniquement l'antéversion qui a été la cause de la rupture.

En effet, cette femme a reçu, au cours de son accouchement, des injections ocytociques et à fortes doses, à doses excessives puisqu'à deux reprises différentes elle a reçu d'un seul coup 10 unités d'hypophyse.

L'observation indique que ces injections ont été suivies d'apparition de contraction. Il est bien vraisemblable que la femme présentait une absence de contraction non pas du fait de l'hypotonie utérine, mais du fait de l'état de contracture. Il est vraisemblable que l'état d'inertie qu'elle présentait était dû plutôt à une hypertonie utérine.

Les injections médicamenteuses n'ont fait qu'aggraver cet état, on sait combien il est dangereux de pratiquer des injections qui augmentent au cours du travail la tonicité utérine lorsque celle-ci dépasse déjà le niveau normal.

Néanmoins, les injections médicamenteuses n'ont pas pu provoquer cette localisation postérieure et, si des injections ont été l'agent déterminant de la rupture, il est bien certain que c'est une autre cause qui, chez cette multipare a, ant déjà accouché spontanément plusieurs

fois, a entraîné des anomalies du travail, la lenteur de ce travail puis l'arrêt des contractions.

Il est bien évident que, quand on lit l'observation, une faute de technique a été faite. Une application de forceps eût dû être pratiquée en temps utile beaucoup plus tôt puisque la dilatation était complète et la tête apparaissait à la vulve, par conséquent engagée depuis longtemps.

Toutefois, le siège exceptionnel de la rupture nous a fait pensé qu'il s'agissait bien là d'une rupture liée à l'antéversion.

En effet, quand on a pu obtenir des renseignements de la part de la sage-femme qui avait suivi la malade pendant sa grossesse, et qui l'a suivie au moment de son accouchement, on a pu se rendre compte qu'il existait bien une antéversion très accusée.

La direction de la rupture dans ces cas d'antéversion est pour les classiques (Sauvage) transversale ou oblique. Pour Le Lorier elle est transversale. La localisation dans notre cas se rapproche plus de l'opinion de Sauvage puisqu'elle était verticale dans sa partie supérieure et oblique en bas et à droite dans sa partie inférieure.

Il semble bien, étant donné la localisation de la lésion, étant donné sa direction, étant donné les renseignements fournis par la sage-femme, et par la malade elle-même au cours de sa convalescence, qu'il s'agisse de rupture utérine liée à une antéversion dans un utérus gravide.

La transfusion dans les ruptures utérines

Un point particulier sur lequel nous voulons attirer l'attention, mais qui se rapporte à la thérapeutique des ruptures utérines en général, c'est l'importance des transfusions.

On se trouve en présence d'une malade en état de choc, état extrêmement grave, femme en état de mort imminente.

L'opérer d'emblée dans cet état malgré toute l'habileté de l'opérateur, c'est la vouer à la mort certaine, la mort pouvant se produire dès l'ouverture de l'abdomen.

Il est donc, à notre avis, de toute nécessité d'opérer seulement ces femmes après avoir remonté leur état général et avoir réparé au moins en partie la perte sanguine.

La malade préparée par une transfusion importante, 500 grammes et même davantage, traitée aussi par la médication toni-cardiaque et au besoin complétée par l'injection de sérum intra-veineux, est alors en état de supporter l'intervention.

Celle-ci, malgré tout, doit être conduite avec rapidité sous une anesthésie *a minima* en évitant de mettre la femme en position de Trendelenbourg.

Au besoin, à la fin de l'intervention ou avant même la fin de l'intervention, une nouvelle transfusion peut être réalisée. La transfusion massive est dans ces cas indiquée, et notre Maître, M. Digonnet, dans un cas d'hémorragies graves liées du reste à une autre cause (hémorragie du post-partum), a pu traiter avec succès une femme qui avant et après l'intervention a reçu, de donneurs multiples, 1.200 grammes de sang.

CONCLUSIONS

- I. — La Rupture utérine peut se produire dans des cas d'antéversion de l'utérus, celle-ci provoquant l'amincissement du Segment Inférieur à sa partie postérieure.
- II. — Le siège de la rupture est alors particulier, sur la face postérieure du Segment Inférieur.
- III. — Les injections ocytociques, surtout d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, sont alors très redoutables.
Elles peuvent être le facteur déterminant de la rupture.
- IV. — La transfusion sanguine est la thérapeutique nécessaire et efficace, faite avant et au besoin après l'intervention.
Le pronostic de la Rupture utérine, grâce à elle, est considérablement amélioré.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

